FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 **THÈSE** N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Lucien-Maurice FOURNIER

Né à Laval (Mayenne), le 28 juin 1889

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

ADÉNITES DE LA JOUE

D'ORIGINE DENTAIRE

Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET Cie, Éditeurs

15, Rue Racine (VIe)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TESSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, LANDOUZY, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERRE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ROBERT FOURNIER

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Que je remercie bien sincèrement d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAITRE :

LE DOCTEUR CHARLES NELATON

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hopital Boucicaut

A MONSIEUR LE DOCTEUR OMBRÉDANNE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau
Chevalier de la Légion d'honneur

En témoignage de ma très vive gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH

Médecin de l'Hôpital Necker

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chirurgien de l'Hôpital des enfants malades

Externat.

1908-1909 :

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNÉTRIER

Professeur agrégé de la Faculté de médecine. Médecin de l'Hôpital Tenon

1909-1910 :

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUARDEL

Médecin de la Maison municipale de Santé

MONSIEUR LE DOCTEUR RATHERY

Professeur agrégé à la Faculté de médecine. Médecin des Hôpitaux

1910-1911 :

MONSIEUR LE DOCTEUR OMBRÉDANNE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau

MONSIEUR LE DOCTEUR CUNÉO

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

1911-1912 :

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Médecin de l'Hôpital Broca

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

1912-1913 :

MONSIEUR LE DOCTEUR AUVRAY

Professeur agrégé de la Faculté de médecine

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

HISTORIQUE

Bien qu'ayant été signalés par plusieurs anatomistes dans le courant du siècle dernier, les ganglions de la joue étaient à peu près tombés dans l'oubli lorsqu'en 1884 Poncet attira l'attention sur eux.

Le Professeur de Lyon observa en effet, à cette époque, un certain nombre d'accidents dus à la présence dans la joue de ces ganglions. On peut dire que c'est lui, qui, le premier, soupçonna leur importance clinique.

Il fit faire par Jaboulay, les premières recherches anatomiques sérieuses sur l'existence et la localisation de ses ganglions, et les travaux entrepris à ce sujet à la Faculté de Lyon aboutirent en 1892 à la thèse de Vigier « Des adénites de la joue ».

Les ganglions géniens étaient dès lors signalés à l'attention des anatomistes et des cliniciens, et c'est sous le nom d'adénites de Poncet, que leur inflammation prenaient droit de cité dans la nosographie médicale.

En 1895, Albertin publiait quinze observations d'adénites géniennes.

L'étude anatomique des ganglions géniens ne fût faite d'une façon complète que quatre ans plus tard, en 1899. Princeteau fait en effet paraître dans la *Gazette hebdomadaire de Bordeaux* un article sur « Les ganglions lymphatiques de la joue ». La même année Capette-Laplène expose d'une façon complète dans sa thèse : « Des ganglions de la face », le résultat des recherches anatomiques de Princetau.

En 1900, Thévenot, de Lyon, fait paraître dans la *Gazette des Hopitaux* une excellente revue générale, anatomique et clinique.

Jusque-là, l'étude des adénites géniennes est restée dans un domaine étiologique très étendu. Les ganglions de la joue recevant les lymphatiques de sources nombreuses : téguments des lèvres, du nez, des paupières ; muqueuses labiale, jugale et gingivale, les auteurs accumulent les faits relevant de l'infection de tous ces territoires. La tuberculose a d'ailleurs la plus large place dans l'étiologie de ces adénites.

Les accidents de suppuration d'origine dentaire se manifestant du côté de la joue sont alors le plus souvent mises sur le compte de la périostite. On parle encore beaucoup de fluxion sans chercher à approfondir.

On trouve néanmoins, au milieu de toutes les observations d'adénite de la joue quelques cas où l'état morbide de la denture est incriminé. C'est ainsi notamment qu'Albertin signale le cas d'un malade qui « dit avoir souffert fréquemment des dents présente de la

carie dentaire, notamment sur les dents de la machoire, inférieure du côté de la joue malade, sans qu'il existe de traces d'ostéopériostites alvéolo-dentaire aiguë ou subaiguë ». Tillaux également avait remarqué, que le plus inférieur des ganglions géniens : le ganglion prémassétérin pouvait s'enflammer dans l'ostéopériostite de la machoire inférieure. Enfin Contenau, dans sa thèse sur « Les adénites d'origine dentaire » avait signalé les adénites géniennes d'origine dentaire.

Mais c'est à M. Lebedinsky, que revient le mérite d'avoir, en 1902, publié la première série importante d'observations sur les adénites faciales d'origine dentaire, et d'avoir établi que « ces adénites, si on en recherche bien la cause initiale, si on explore minutieusement la cavité bucale, sont dûs dans la majorité des cas à des lésions profondes de la région gingivo dentaire ».

En 1904, le même auteur publie une nouvelle série d'observations.

L'année suivante paraît à Paris la thèse de Leduc, très bonne revue générale sur la question des adénites géniennes quelle que soit leur étiologie.

En 1905 également Montés, inspiré par Nogué, écrit sa thèse sur les adénites géniennes d'origine dentaire.

Nous signalerons encore l'article, plus récent de M. Lebedinsky, sur les adénites géniennes, dans le traité de stomatologie de Gaillard et Nogué.

Nous voyons donc que les ganglions de la joue présentent pour le médecin et pour le stomatologiste un certain intérêt, qui, pour n'être pas comparable à celui

des adénites cervicales, n'en est pas moins fort appréciable.

Il semble qu'à l'heure actuelle ces ganglions soient en train de retomber dans un oubli relatif. Nous n'en voulons pour preuve que l'ignorance de leur existence même, ignorance où se complaisent encore de trop nombreux praticiens. C'est ce qui nous a décidé à faire rentrer dans l'actualité cette partie si intéressante pour tous de la pathologie bucco dentaire.

ANATOMIE

Description des ganglions géniens.

D'après les nombreux travaux anatomiques faits sur les ganglions de la joue, on peut, avec Princeteau, se représenter ainsi ce système ganglionnaire.

Il existe trois groupes de ganglions géniens.

Un groupe inférieur, sus-maxillaire ou prémasseterin ; un groupe buccinateur ou commissural ; un groupe supérieur, malaire ou sous orbitaire.

1° *Groupe inférieur sus-maxillaire ou prémasseterin.* — Il existe sur la face externe du corps du maxillaire inférieur, en avant du bord antérieur du muscle masséter, deux ou trois ganglions. Ceux ci se confondent souvent plus ou moins en bas avec les ganglions sous-maxillaires, ce qui a permis à Princeteau de décrire un ganglion infra-maxillaire, situé sur le bord inférieur du maxillaire servant de transition entre les deux groupes.

De volume variable, ces ganglions sont compris dans une aire limitée en avant par l'artère faciale, en arrière par la veine faciale. En haut, ils dépassent

rarement le bord alvéolaire. En bas, nous avons vu leur limite précise ; c'est le bord inférieur du maxillaire.

2° *Groupe buccinateur ou commissural.* — Ce groupe, est constitué par trois à cinq ganglions, reposant tous sur la face externe du buccinateur. On peut les diviser en deux sous-groupes. L'un, antérieur est situé dans l'espace compris entre, en avant l'artère, en arrière la veine faciale, en haut le bord inférieur du grand Zygomatique. L'autre, postérieur avoisine la portion terminale du canal de Sténon, vers le point où celui-ci va perforer le buccinateur, en arrière de la veine faciale.

Nous signalerons dès maintenant le point de repère superficiel permettant de localiser ces ganglions. Ils sont situés aux environs de l'intersection de deux lignes, l'une unissant le lobule de l'oreille à la commissure labiale. (Direction du canal de Sténon), l'autre allant de l'angle interne de l'œil à l'angle antéro inférieur du masséter. (Direction générale de la veine faciale).

Le groupe antérieur se compose généralement de deux à trois ganglions reposant directement sur l'aponévrose buccinatrice. Exceptionnellement existe un ganglion plus antérieur encore et plus supérieur qui peut être rattaché à ce groupe, il est situé dans le sillon naso-génien.

3° *Groupe supérieur, malaire ou sous-orbitaire.* — Ces ganglions n'ont jamais pu être ni injectés, ni disséqués. Il existe néanmoins des faits cliniques indiscu-

tables qui ne permettent pas de mettre en doute leur existence. Ils sont situés sur la face externe de l'os malaire, vers la partie moyenne de l'espace compris entre les deux muscles Zygomatiques. Il est impossible de préciser leur nombre et leur situation exactes. Les recherches de Princeteau et de Büchbinder ayant été stériles en ce qui les concerne.

En dehors de ces trois groupes un certain nombre d'autres ganglions ont été rencontrés dans l'épaisseur de la joue.

Debierre a signalé l'existence de ganglions lymphatiques profonds, sous muqueux, situés sous l'aponévrose du buccinateur. Princeteau nie d'ailleurs l'existence de ces ganglions qui ne sont pour lui que des glandules salivaires. Cependant Poncet a enlevé par voie buccale un de ces ganglions, caséeux qui lui a paru être situé entre le buccinateur et la muqueuse.

Nous avons signalé plus haut l'existence possible d'un ganglion naso-génien.

Fréquence de l'existence des ganglions géniens.

« La proportion, dit Thevenot, est difficile à établir.
« Les dissections grossières ne nous révèlent les gan-
« glions que s'ils sont pathologiques. »

« Pour trouver les ganglions sains, il faut étaler le
« tissu conjonctif de la région sur de minces lamelles
« et l'examiner au besoin, à la loupe. »

« Ainsi s'expliquent les différences des données
« fournies par les divers auteurs. »

« Vigier, sur 30 dissections, n'a vu qu'un ganglion « maxillaire. »

« Princeteau, sur 32 sujets, trouve 20 fois des gan- « glions; 10 fois des ganglions buccinateurs et 14 fois « des ganglions sus-maxillaires. »

« Küttner, sur 8 cadavres, a vu, une fois, un gan- « glion buccinateur, et deux fois, un ganglion sus- « maxillaire. »

« Ces différentes données nous permettent de con- « clure, avec Buchbinder à la fréquence des ganglions « géniens. »

Rapports entre les ganglions géniens et les territoires dentaires.

Il nous reste maintenant à voir quels sont les rapports anatomiques qui relient les dents, les alvéoles et les gencives aux ganglions de la joue tels que nous venons de les décrire.

Aucun travail d'ensemble n'a été fait sur cette intéressante question. Nous appuierons nos déductions sur les travaux de Partsch, Büchbinder et Schweitzer.

Le problème se pose de la façon suivante : Etant donné un territoire péridentaire bien défini comprenant la gencive, le ligament et le périoste d'une dent donnée, auquel des trois groupes ganglionnaires que nous venons de décrire, aboutissent les lymphatiques de ce territoire ?

Malgré de grandes difficultés d'injections, l'étude des lymphatiques des gencives a été faite dans d'assez

bonnes conditions, notamment par Schweitzer. Nous n'envisagerons dans notre description que la face jugale des gencives.

« Le réseau lymphatique des gencives, dit Cunéo dans le *Traité d'anatomie*, de Poirier, se continue en dehors avec celui de la face muqueuse des lèvres et des joues.

Quelle est donc la destination des lymphatiques de la face muqueuse des lèvres et des joues ?

1° *Lèvre supérieure.* — Pour la lèvre supérieure existent deux collecteurs sous-muqueux. Tous se rendent aux ganglions sous-maxillaires et plus spécialement au ganglion moyen placé au niveau du point où l'artère faciale croise le bord inférieur du maxillaire. C'est précisément sur le trajet de ces collecteurs que se trouvent les groupes buccinateurs et prémassétérins des ganglions géniens.

2° *Lèvre inférieure.* — Deux à trois collecteurs sous-muqueux se portant en bas et en dehors vont s'accoler à l'artère faciale et se jettent dans les ganglions sous-maxillaires. Là encore c'est au niveau du point de croisement de l'artère faciale donc en pleine région du groupe prémasséterin que passent ces collecteurs pour aller se jeter aux ganglions sous-maxillaires (Dorendorf).

3° *Face muqueuse des joues.* — Le réseau lymphatique de la face muqueuse des joues aboutit après avoir traversé l'aponévrose buccinatrice en partie aux troncs précités des lèvres en partie à des collecteurs

propres dont plusieurs traversent les régions des ganglions buccinateurs et prémassétérins.

Or, Schweitzer, après de nombreuses injections aboutit finalement aux conclusions suivantes : Les lymphathiques de la gencive se rendent par un trajet en arc, épousant la forme du sillon gingivogénien, au réseau de la face muqueuse des joues et celui-ci se déverse dans les troncs collecteurs de la face muqueuse de la lèvre supérieure pour la mâchoire supérieure. Il en est de même pour le réseau lymphatique de la gencive de la mâchoire inférieure, mais ceux-ci ne se déversent plus que dans les collecteurs de la lèvre inférieure.

Nous avons vu, d'autre part, que les ganglions faciaux se trouvent précisément sur le trajet de ces collecteurs labiaux. Nous pouvons donc déjà préciser et dire que les ganglions du groupe buccinateur recevront les afférents de la gencive et des ligaments alvéolo-dentaires de la mâchoire supérieure. Ceux du groupe prémassétérin recevront les afférents de la gencive et des ligaments alvéolo-dentaires de la mâchoire inférieure. Nous ferons exception pour la région antérieure des maxillaires correspondant aux quatre incisives et aux deux canines, dont les lymphatiques vont se jeter directement dans les ganglions sous-mentaux.

Reste la question des relations existant entre les lymphatiques de la région gingivo-dentaire et le groupe ganglionnaire supérieur, malaire.

Nous devons avouer que nous ne voyons pas très bien comment ces ganglions, dont, ne l'oublions

pas, l'existence n'est démontrée que par des faits cliniques, peuvent recevoir les afférents de la gencive de la mâchoire supérieure. Peut-être s'agit-il d'anomalies (leur atteinte est bien moins fréquente que celle des autres groupes ganglionnaires faciaux) du réseau de la gencive dont quelques vaisseaux monteraient directement à ces ganglions. Il est plus conforme à la vérité d'admettre que ce sont les lymphatiques de la profondeur même de l'os, qui sortent dans la région sous-orbitaire, dont parle Schweitzer qui vont se rendre à ces ganglions.

Quant à déterminer exactement les relations entre chaque territoire péridentaire et les groupes ganglionnaires de la joue. C'est-à-dire, considérant une dent donnée, quel est le ou les ganglions auxquels aboutissent les lympathiques de la région qui avoisine cette dent ?

Il est difficile de répondre d'une façon précise à cette question. On peut cependant admettre, d'après la clinique, la systématisation suivante.

Machoire inférieure :

Les trois grosses molaires et les deux prémolaires correspondant au groupe prémassétérin.

Machoire supérieure :

Les trois grosses molaires correspondent au groupe buccinateur.

Les deux petites molaires correspondent tantôt au groupe buccinateur, tantôt au groupe molaire.

Quant aux dents antérieures. Les supérieures, incisives centrales et latérales et canines doivent correspon-

dre aux deux groupes buccinateurs et prémassétérins, puisque les lymphatiques de leur territoire se jettent dans ceux de la lèvre supérieure. Les canines peuvent, croyons-nous, dans certains cas, correspondre au ganglion naso-génien (mais pas d'observations).

Les dents antérieures de la mâchoire inférieure peuvent correspondre dans certains cas, aux ganglions prémassétérins, mais d'une façon exceptionnelle, car elles donnent plutôt des adénites sous-mentales ou sous-maxillaires.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les adénites de la joue, d'origine dentaire sont fréquentes, et elles le seraient encore bien davantage si on prenait le soin de les rechercher pour les découvrir. Ce serait le cas si tous les praticiens auxquels les malades confient leur bouche avaient une éducation médicale suffisante.

Sans insister, nous ferons remarquer qu'il faut savoir qu'il existe des ganglions géniens susceptibles de s'enflammer dans les maladies de la bouche, pour diagnostiquer leur atteinte. Il est si commode de parler de fluxion, vieux mot qui ne préjuge en rien de la nature exacte de la tuméfaction jugale. Pour certains, ils sont nombreux, une ostéopériostite de la mâchoire, avec lymphangite environnante est une fluxion, une adénite génienne simple est une fluxion, à plus forte raison un adénophlegmon, une ostéomyélite de la mâchoire sera donc elle aussi une fluxion. Quoiqu'il en soit, nous sommes persuadés que les adénopathies

géniennes seraient bien plus fréquentes si on les soupçonnait et si on savait les rechercher. En deux années nous avons vu presque nombre égal d'adénites géniennes et d'ostéopériostite alvéolodentaire avec abcès collecé.

Il s'en faut cependant que les adénites géniennes aient la fréquence qu'elles devraient avoir. A ne considérer que les causes que nous allons étudier plus loin, qui sont nombreuses, on est en droit de se demander pourquoi les ganglions de la joue ne réagissent pas plus souvent encore qu'ils ne le font. Puisque en effet ils reçoivent les afférents de presque tout le territoire gingivodentaire, toute injection d'une partie quelconque de ce territoire devrait amener leur inflammation. Cependant il n'en est rien. Bien souvent une infection assez sérieuse n'est suivie d'aucune adénite, bien souvent aussi la réaction ganglionnaire brûle l'étape pour aller se porter sur les groupes sous-maxillaire ou cervical.

On peut expliquer cette absence de retentissement sur les ganglions géniens par ce fait qu'ils n'ont pas une existence anatomique constante. Mais il est un autre ordre d'arguments qui n'ont pas moins de valeur. Nous voulons parler de la résistance phagocytaire intra glandulaire de ces ganglions. Il est bien certain, en effet, que, représentant le premier relai de défense appelé à lutter contre l'infection constante d'une cavité aussi riche en microorganismes que l'est la cavité buccale dont la muqueuse présente d'ailleurs constamment des portes d'entrée pour ces microorga-

nismes, l'activité phagocytaire intra-ganglionnaire de ces groupes doit être d'une singulière intensité. Existe-t-il une adénite sous-maxillaire sans retentissement sur les ganglions de la joue. Il n'est pas impossible que, pendant que nos ganglions luttent, et lutte victorieusement, sans réaction appréciable, l'infection par embolie lymphatique, aboutisse aux ganglions sous-maxillaires qui eux sont vaincus et suppurent plus rapidement. Il est vrai aussi de dire que les embolies lymphatiques peuvent se localiser d'emblée au groupe sous-maxillaire sans que les ganglions faciaux soient appelés à livrer bataille.

Nous laissons volontairement de côté le phlegmon aigu de la joue, ou lymphocellulite auquel beaucoup d'auteurs donnent encore le nom de fluxion, vieux mot qui devrait disparaître de la nosographie pour son imprécision et son ambiguité anatomo-pathologique et pathogénique. Nous en parlerions, au contraire, si nous envisagions tous les accidents de la joue d'origine lympathique. Il nous semble, en effet, probable, que c'est, dans l'immense majorité des cas, par voie lympathique et non par inoculation de proche en proche, que se produit l'inflammation du tissu cellulaire. Pour nous les éléments infectieux, hyperseptiques donnent une lymphamgite suraiguë. Leur diffusion dans le tissu cellulaire se produit alors par effraction à travers la paroi des vaisseaux lymphatiques. Peut-être même l'infection atteint-elle un ou plusieurs ganglions de la joue qui, étant donnée l'extrême virulence des microbes se ramollissent et suppurent avec une très grande rapidité,

constituant ainsi un adéno phlegmon suraigu, sans qu'il soit possible, d'ailleurs, tellement a été rapide l'évolution de cet adéno-phlegmon, de l'identifier cliniquement. Tout ceci, bien entendu pour la fluxion dite faciale, la fluxion gingivale n'étant qu'une ostéo-périostite suppurée.

Causes déterminantes. — Le point de départ initial de l'inflammation des groupes ganglionnaires qui nous occupent est le plus souvent la carie dentaire.

On sait qu'il existe plusieurs degrés à cette maladie : carie de l'émail ; carie de l'ivoire et de l'émail, non pénétrante ; carie pénétrante avec réaction inflammatoire de la pulpe, c'est-à-dire pulpite ; carie pénétrante avec mortification et putréfaction de la pulpe.

Il est aisé de comprendre que c'est à ce dernier stade seulement, stade d'infection, que va débuter l'atteinte du système ganglionnaire correspondant à la dent malade.

Actuellement encore, malgré les travaux de Bœdecker, de Partsch et Körner, ceux de Schweitzer, on est eu droit de nier l'existence de vaisseaux lymphatiques dans la pulpe dentaire.

Une preuve clinique s'ajoute d'ailleurs à l'insuffisance des expériences de ces derniers auteurs. Si, en effet, il existait dans la pulpe des vaisseaux lymphatiques, il est probable que dès les premières atteintes de l'infection pulpaire, c'est-à-dire dès que la pulpe est à nu, il y aurait un retentissement lymphatique sous forme de lymphangite ou même d'adénopathie des groupes ganglionnaires correspondant à la dent malade.

Il n'en est rien et la condition essentielle pour qu'il y ait atteinte de la voie lymphatique, c'est que l'infection ait dépassé la pulpe, qu'elle se soit propagée au delà de l'apex. Cette condition suppose la mortification de la pulpe.

Etudier les causes des adénites de la joue d'origine dentaire c'est donc, en grande partie, énumérer les complications peridentaires de la carie avec putréfaction de la pulpe.

Causes siégeant dans le ligament seul :

Ce sont les lésions inflammatoires connues sous le nom d'arthrite alvéolodentaire :

Arthrites subaiguës qui exceptionnellement peuvent avoir pour cause une carie non pénétrante siégeant au collet de la dent.

Arthrite aiguë simple qui constitue la complication fatale de la carie pénétrante avec infection et peut passer au stade suivant.

Arthrite suppurée dans laquelle la gencive est le siège d'une véritable infiltration ou phlegmoneuse qui peut être suivie d'élimination spontanée de la dent, ou bien passer à l'état d'arthrite chronique.

Arthrite chronique. La suppuration s'est localisée à l'extrémité apicale de la racine, qui baigne dans le pus et est le siège d'une active résorption.

A l'arthrite chronique on peut rattacher comme cause fréquente d'adénites aiguës de la joue, le cas ou la porte d'entrée de l'infection est représenté par la présence de nombreux chicots. Ceux ci amènent une suppuration continue des alvéoles avec gonflement et

ulcérations gingivales. Nous insistons tout particulièrement sur le cas où, comme on le voit encore trop souvent, un appareil prothétique repose sur ce foyer de suppuration, traumatisant la muqueuse déjà infectée et entraînant par son adhérence une véritable rétention des éléments septiques.

Les lésions suppuratives profondes, intéressant le maxilaire lui-même, n'ont jamais entraîné d'adénites de la joue. Nous n'avons pu trouver, en effet, d'observation où l'ostéopériostite du maxillaire avec collection purulente sous-périostée soit notée comme point de départ de l'inflammation des ganglions de la joue. Ceci, d'ailleurs, n'est pas pour nous surprendre, ces abcès sous-périostiques ne représentent en somme que la voie d'élimination d'une infection plus profonde, véritable foyer d'ostéomyélite ; or, nous savons qu'au niveau des os longs l'ostéomyélite, à staphylocoque du moins, ne produit que très rarement des adénites.

Telles sont les principales causes d'adénites géniennes ayant pour point de départ la carie dentaire. Il reste un certain nombre de causes n'ayant pas cette origine.

Nous signalerons les extractions pénibles, s'accompagnant de fracture au collet, et les manœuvres toujours laborieuses et longues que nécessite l'avulsion des racines. Une racine rupturée est-elle abandonnée dans l'alvéole ? Elle est vouée à une arthrite rapide. Dans certains cas, les tissus mous peuvent recouvrir à la longue presque totalement une racine ainsi abandonnée, il y a alors un véritable enkystement d'un

corps étranger septique (Observation de Lebedinsky).

Une cause possible du groupe prémassétérin est constituée par les accidents qui accompagnent l'éruption de la dent de sagesse inférieure qui, pour Rédier et Cornudet sont des phénomènes de simple infection locale. Il est intéressant de noter que l'inflammation ganglionnaire peut accompagner les premiers accidents muqueux et que dans ce cas il s'agit d'adénite subaiguë.

Quant aux accidents qui accompagnent la chute des dents temporaires et leur remplacement par les dents définitives, qui, pour Conteneau, retentissent si souvent sur les ganglions du cou, nous n'avons pu trouver d'observations où ils soient invoqués comme cause d'adénite génienne.

Il reste une dernière cause possible d'adénites de la joue, c'est la pyorrhée, signalée par Montès, mais il n'existe pas d'observations.

On peut encore signaler les ulcérations muqueuses dues à des dents cariées.

Ce sont, en somme, les infections portant sur le ligament et les tissus mous de la gencive qui donnent surtout lieu à des adénopathies jugales.

Causes prédisposantes. — Il n'en est qu'une : le manque d'hygiène buccale et, concurramment le mépris de la carie dentaire. C'est dire que les classes pauvres sont les plus souvent atteintes.

Il est une cause prédisposante qui a été invoquée par Albertin et plus récemment par M. Friteau, c'est la tuberculose. M. Friteau en effet s'est demandé si « l'im-

prégnation tuberculeuse » ne pouvait pas favoriser la poussée inflammatoire des ganglions de la joue. Nous croyons pouvoir répondre avec M. Lebedinsky que la chose est peu probable. D'ailleurs, dans le cas où l'on a noté des antécédents tuberculeux chez des porteurs d'adénites géniennes d'origine dentaire, une thérapeutique portant uniquement sur les dents a suffi à faire disparaître tout accident.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les ganglions géniens, comme ceux des autres régions, passent lorsqu'ils sont atteints par deux phases.

C'est d'abord l'adénite inflammatoire avec simple augmentation de volume du ganglion. Au stade suivant, le ganglion se ramollit, il y a adénite suppurée. Celle-ci s'accompagne bientôt de péri-adénite. Les éléments microbiens se disséminent dans le tissu cellulaire péri-ganglionnaire qui suppure lui aussi, il y a adénophlegmon.

Après l'issue du pus, spontanée ou thérapeutique, il y a transformation fibro-conjonctive du ganglion, qui, ainsi sclérosé, forme un peti noyau dur qui persiste un certain temps.

Lorsqu'il s'agit d'adénite chronique, les choses se passent différemment. L'adénite chronique fait toujours suite à une poussée d'adénite aiguë ou subaiguë. Soit qu'il y ait atténuation de la virulence des microbes, soit qu'il y ait exaltation de la résistance ganglion-

naire, l'adénite n'évolue pas vers l'adénophlegmon. L'apport incessant des éléments infectueux explique la persistance de l'engorgement ganglionnaire. L'adénite chronique est susceptible de présenter des poussées subaiguës résultant de l'exaltation momentanée des éléments microbiens. Quoiqu'il en soit, le ganglion génien atteint évolue vers la transformation fibreuse, d'une façon lente d'ailleurs, car les poussées subaiguës auxquelles il reste exposé empêche en partie cette transformation fibreuse. L'élément le plus intéressant est l'absence de péri-adénite et l'adhérence à la peau, qui entraîne l'issue du pus et la formation de fistules.

Il nous reste à dire quelques mots d'un point intéressant concernant la pathogénie et l'anatomie pathologique des adénites géniennes. Nous voulons parler de la forme de lymphangite la plus commune à l'envahissement de ces ganglions. Thevenot nie l'existence de lymphangite dans les adénites de la joue : « Quels que soient, dit-il, le siège et le volume des ganglions atteints, on ne voit pas, ou du moins on n'a pas vu, les lymphatiques qui s'y rendent dessiner au-dessous de la peau des traînées rouges de lymphangite, comme on l'observe pour les adénites des autres régions. » Il est vrai qu'il n'envisage pas spécialement les adénites d'origine dentaire.

Tout autre est l'opinion de M. Lebedinsky.

« Cet envahissement, dit ce dernier auteur, se fait par les vaisseaux lymphatiques qui partent de la région gingivo-dentaire. Deux cas peuvent se présenter : ou

bien les vaisseaux lymphatiques restent indemnes ; dans ce cas, il n'y a qu'adénite ; ou bien les vaisseaux lymphatiques sont atteints ; dans ce cas, il y a lymphangite et adénite. L'adénite génienne est presque toujours précédée de lymphangite tronculaire grossie d'une cuirasse de périlymphangite. C'est cette lymphangite tronculaire qui part de la région gingivo-dentaire pour aller se perdre dans le ganglion génien qui constitue une véritable bride, un pédicule, qui constitue ce que nous avons appelé la queue de l'adénite génienne. »

Bien que cette « queue de l'adénite génienne » n'ait jamais été observée par les auteurs qui se sont occupés de la question, non plus d'ailleurs que par nous-mêmes, nous ne pouvons que nous rallier à cette opinion de M. Lebedinsky, qui est actuellement l'observateur le plus autorisé en matière d'adénite de la joue.

Il nous semble que cette lymphangite tronculaire, sous forme de « queue de ganglion » ne doit guère s'observer que dans les adénites du groupe commissural, et que de plus elle n'est pas la seule à être observée. Nous avons en effet souvent remarqué (malheureusement nous n'avons pas observé d'adénite commissurale) un vaste placard de lymphangite réticulaire avoisinant la ou les dents point de départ de l'infection, sans qu'il nous ait été possible de sentir de lymphangite tronculaire sous forme de cordon dur. D'ailleurs, le terme de lymphangite tronculaire nous semble peu acceptable. Il n'existe pas en effet, à pro-

prement parler, de troncs lymphatiques reliant la région gingivo dentaire aux ganglions géniens : « Des réseaux lymphatiques de la région alvéolaire partent, dit Schweitzer, des ramifications nombreuses de tous côtés, vers la région de la veine faciale ». Ce sont, on le voit, de nombreux rameaux disséminés, dont l'inflammation répondrait plutôt au terme de lymphangite réticulaire.

Il est possible d'ailleurs que celles de ces ramifications qui passent dans les brides qui existent normalement dans le sillon gingivo-génien, donnent au toucher, lorsqu'elles sont le siège de lymphangite la sensation d'un cordon dur. On éprouve d'ailleurs une sensation très analogue dans un grand nombre de cas où il peut exister de la lymphangite de ces brides muqueuses sans, pour cela, qu'il y ait retentissement ganglionnaire.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous étudierons, pour chaque groupe ganglionnaire la forme aiguë et la forme chronique d'adénite. Sauf toutefois pour le groupe malaire : il n'existe pas en effet d'observations d'adénite chronique pour ces ganglions.

I. — Groupe Prémasséterin

1°. *Adénite aïguë, adenophlegmon.*

Il s'agit le plus souvent d'un malade dont la denture inférieure du côté correspondant aux ganglions enflammés est garnie de chicots avec gencives tuméfiées et saignant au moindre contact. Quelquefois une seule dent est découronnée avec réaction péridentaire. Il peut s'agir également d'une dent non découronnée avec cavité de carie pénétrante infectée, il est rare dans ce cas qu'on ne note pas une certaine tuméfaction de la gencive à son niveau, relevant de lésions plus ou moins graves du ligament alvéolo dentaire ou du périoste avoisinant. Il peut s'agir aussi d'un accident d'évolution de la troisième grosse molaire nférieure.

Il est rare, s'il s'agit d'une cause quelconque, autre que l'évolution de la dent de sagesse, que le malade ne se plaigne pas d'avoir souffert, quelques jours avant le début des accidents d'une ou de plusieurs dents malades, non douloureuses depuis longtemps, cette douleur correspond à une poussée aiguë d'arthrite. Dans tous les cas on constate une gêne légère des mouvements du maxillaire, allant rarement jusqu'au trismus complet. A une première période, d'adénite simple, on constate une légère tuméfaction, siégeant immédiatement en avant du bord antérieur du masséter. Cette petite tumeur, peu douloureuse à la palpation est absolument mobile, elle roule sous le doigt, n'adhère ni à la peau, ni au plan osseux du maxillaire sous-jacent. Elle passe rapidement du volume d'un pois à celui d'une noisette.

Pendant ce temps, la douleur s'accentue, devient spontanée. Le ganglion qui, primitivement était dur, se ramollit. Bientôt la douleur est très vive, lancinante, avec sensation de battements, se propageant à toute la tête. La peau devient rouge jusqu'à une certaine distance du point où siège le ganglion primitivement atteint, elle est luisante, tendue. Le visage se trouve ainsi déformé.

La fluctuation est des plus nette. Un doigt introduit dans le sillon gingivojugal (qui a conservé toute sa profondeur) renvoie le pus au doigt qui palpe la surface extérieure de la joue. L'adléno phlegmon prémasseterin est constitué.

Au bout d'un temps variable, la peau, qui va s'a-

mincissant, s'ulcère et donne issue à une quantité notable de pus épais et verdâtre. Il ne restera bientôt plus qu'une légère cicatrice déprimée.

Les phénomènes généraux sont extrêmement variables suivant les sujets. Ils consistent en élévation de la température, frissons, courbature, insomnie et défaut d'alimentation due à la douleur.

2° Adénite chronique.

Cette seconde forme d'adénopathie provient des mêmes causes que la précédente, à laquelle elle peut d'ailleurs succéder.

a) Dans ce cas, l'ouverture à la peau s'est effectuée spontanément. Le malade, soulagé se croit guéri de sa « fluxion », néglige de faire visiter sa bouche par le médecin. La cause de l'infection ganglionnaire persistant, la cicatrisation se fait mal, ou ne se fait pas du tout. Il y a fistulisation de la cicatrice. L'écoulement persiste par intermittence en même temps qu'on sent des ganglions engorgés, jusqu'à ce que la cause ait été traitée.

b) Mais il peut y avoir adénite chronique d'emblée. Dans ce cas, peu ou point de réaction inflammatoire du côté du ligament et du périoste des dents malades, donc peu ou point de douleur prémonitoire. Le malade constate seulement l'apparition progressive, absolument indolore au début, d'une petite nodosité siégeant dans la région où nous savons que se trouvent les ganglions prémassétérins.

A la période d'état on constate : « un ganglion

n'amenant qu'un peu de gêne à la mastication, tumeur peu douloureuse à la pression, mobile sous le doigt, qui peut cependant quelquefois faire une notable saillie dans l'épaisseur de la joue. Peu à peu, ce ganglion enflammé augmentera de volume, tendra à la suppuration, contractera des adhérences avec la peau et s'ouvrira au dehors, donnant accès à du pus et formant plus tard une fistule, qui, s'oblitérant momentanément, donnera par sa réouverture passage à un liquide seropurulent. La peau, dans la région, est ulcérée, rouge, recouverte de croûtes lamellaires, jaunâtres; débarrassée de ces croûtes la peau apparaît violacée, irritée par l'écoulement continuel de liquide purulent, déformée, défigurant en partie l'individu qui la porte. Au milieu, on trouve l'orifice externe conduisant au ganglion adhérent à la peau. L'affection n'a pas tendance à la guérison, une intervention est nécessaire ». (Montés.)

Nous remarquerons qu'à aucun moment on n'a pu noter d'adhérence de la tuméfaction au plan profond.

II. — Groupe buccinato commissural.

Adénophlegmon.

L'inflammation de ce groupe ganglionnaire est toujours dû à des lésions siègeant au maxillare supérieur. En général, il s'agit des régions avoisinant les dents grosses molaires. Ce que nous avons dit de l'état de la denture du maxilliaire inférieur peut s'appliquer ici à celui de la denture du maxilliaire supérieur. Sauf

en ce qui concerne l'évolution de la dent de sagesse qui donne rarement des accidents sérieux.

La marche générale de l'adénophlegmon est la même également.

Il nous faut rappeler ici la localisation des ganglions commissuraux : Intersection de deux lignes, l'une allant du tragus à la commissure, l'autre de l'angle interne de l'œil à l'insertion angulaire du masseter. C'est là que sera le maximum de la tuméfaction et de la fluctuation.

L'adénoplegmon commissural donne lieu en général, à une symptomatologie plus impressionnante que l'adénophlegmon prémassétérin.

Nous empruntons à Thévenot le tableau clinique suivant, qui est excellent :

« La bouche, entrouverte, laisse la salive s'écouler au dehors. Les lèvres sont tuméfiées et infiltrées jusqu'à la ligne médiane. En arrière la peau est rouge et tendue ; la tuméfaction est surtout accentuée au niveau d'une ligne qui continuerait en dehors la fente buccale, en bas elle s'étend jusqu'au bord inférieur du maxillaire ; en haut elle remonte jusqu'à la paupière inférieure. Toute la région est chaude et douloureuse. Le masséter, par sa contracture, empêche les mouvements de mastication, et l'examen de la cavité buccale se trouve notablement gêné. On peut cependant voir la lésion dentaire et la muqueuse buccale épaissie qui vient faire saillie entre les arcsa des dentaires. Le doigt, introduit entre la lèvre et le rebord alvéolaire reconnait l'épaisseur de la joue tuméfiée et sent la fluctua-

tion lorsque le pus est collecté. » Il permet également d'explorer le sillon gingivo jugal au niveau duquel il est aisé de se rendre compte de l'existence d'un certain degré d'œdème lymphangitique de la muqueuse qui recouvre la face externe du maxillaire, s'accompagnant d'un léger empatement du sillon, qui néanmoins conserve presque sa profondeur normale : il est étalé, mais non effacé comme dans la collection purulente d'origine ostéo-périostique.

Quant à l'évolution, elle sera la même que pour le groupe inférieur : ouverture à la peau, guérison si l'on intervient du côté des dents, fistulisation et chronicité dans le cas contraire.

2° *Adénite chronique.*

Sauf pour la localisation, les choses se passent de la même façon que dans l'adénite chronique des ganglions sus-maxilaires. La seule particularité intéressante est pour M. Lebedinsky, la présence de la « queue de l'adénite. ». Voici comment se présente cette « queue de l'adénite ».

« L'examen du côté du vestibule de la bouche permet de constater une bride épaisse, dure, qui part de la région gingivo-dentaire infectée, passe au dessus du repli gingivo génien, et se dirige vers la petite tumeur ou vers la fistule. C'est cette bride qui forme la queue de l'adénite et constitue le signe caractéristique de l'adénite génienne. Une forte pression produite sur ce pédicule fait parfois sourdre le pus par l'orifice de la fistule. »

Nous avons dit, au précédent chapitre, ce que nous pensions de ce pédicule, que seul M. Lebedinsky a eu le bonheur de voir. Il est inutile d'y revenir ici.

III. - Groupe supérieur sous-orbitaire ou malaire.

Adénophlegmon.

Même symptômes du côté de la denture. Il s'agit des dents grosses molaires ou petites molaires supérieures.

Mêmes symptomatologie générale que pour les autres groupes. Cependant la proximité de l'œil et des paupières, donne une allure spéciale à la face. Les paupières, et en particulier l'inférieure sont le siège d'une tuméfaction assez intense pour forcer, dans certains cas à l'occlusion de l'œil. Toute la partie supérieure de la joue est tuméfiée et rouge.

Le maximum de la tuméfaction siège en pleine région malaire, au niveau d'une ligne unissant et prolongeant le bord inférieur de la cloison médiane du nez à la partie inférieure du lobule de l'oreille, à trois centimètres environ du sillon naso-génien.

Un doigt, introduit dans le sillon gingivo jugal, perçoit la fluctuation que lui envoit le doigt palpant extérieurement la tuméfaction.

Le sillon n'est nullement effacé, tout au plus constate-t-on un léger épaississement de la muqueuse dû vraisemblablement à de la lymphangite réticulaire ayant pour point de départ la dent malade.

Enfin il n'existe point de contracture du masséter, point de trismus.

Tout se passe en somme dans la région sous-orbitaire. C'est de beaucoup cette localisation qui donne lieu au diagnostic le plus délicat.

IV. Adénite des autres ganglions de la joue

Adénites du ganglion naso-génien.

Elles sont rares, nous n'en avons trouvé qu'une observation de M. Fréteau.

La symptomatologie est la même que pour les autres groupes, seule la localisation diffère.

Il nous reste à dire quelques mots de la coexistence fréquente d'adénite sus et sous-maxillaire. La tuméfaction n'a plus pour limite précise le bord inférieur du maxillaire, elle remonte sur la face externe de cet os. Et pourtant le sillon gingivo jugal n'est pas effacé par une collection sous-périostée de la machoire. Il suffit de constater entre deux doigts que la tumétaction de la partie inférieure de la joue siège dans la joue même pour reconnaître l'atteinte des ganglions prémassétérins.

DIAGNOSTIC

1° *Y a-t-il adénite génienne ?*

En présence d'une suppuration de la joue on pourra affirmer l'existence d'une adénite génienne en s'appuyant sur les principaux signes que nous avons décrit.

Le plus important de ces signes est la constatation par le malade, au début de l'affection d'une petite boule dure, « qui roulait sous le doigt » ressortissant à la première période, d'adénite simple, de l'inflammation ganglionnaire.

Accessoirement ;

Intégrité du sillon gingivo jugal, qui a conservé toute sa profondeur, si au contraire le sillon est bombé, il y a collection sous-périostée.

On ne confondra pas un adénophlegmon de la joue avec :

Un furoncle. Celui-ci est plus superficiel, s'accompagne rapidement de l'élimination du bourbillon, sa forme acuminée, sa coloration spéciale le feront rapidement éliminer.

Une lymphocellulite ou fluxion. Mais dans ce cas, la

tuméfaction est plus diffuse, l'évolution a été plus rapide, s'il existe un abcès alvéolaire, éventualité fréquente, le sillon gingivo jugal est soulevé.

Un anévrysme. « Un ganglion suppuré au niveau de l'artère faciale peut être animé de battements et devenir le siège d'un souffle vasculaire. L'histoire de la tumeur, son évolution, feront rejeter l'hypothèse d'un anévrysme » (Thévenot).

L'actinomycose. C'est un diagnostic plus difficile encore que dans la discomycose, la tuméfaction ne présente pas les mêmes caractères, « elle est intermédiaire, comme consistance, à la mollesse inflammatoire et à la dureté du néoplasme », que l'œdème avoisinant ne soit pas franchement phlegmonneux et que le trismus soit très prononcé et très précoce, alors que l'adenophlegmon donne plutôt lieu à une gêne fonctionnelle. La peau, de plus est vite envahie, rougit et s'amincit par place, donnant l'impression de devoir s'ulcérer rapidement. Signalons encore l'influence du traitement ioduré, et enfin la présence des grains jaunes dans le liquide retiré à la ponction.

L'ostéomyélite du maxillaire inférieur. (Leduc, Lebedinsky), s'il s'agit de tuméfaction sus-maxillaire. L'intégrité du maxillaire inférieur, l'intégrité du vestibule plaident en faveur de l'adénophlegmon. La tuméfaction du vestibule et la douleur à la pression plaident en faveur de l'ostéomyélite.

Exceptionnellement ou pourra confondre un kyste sébacé ou dermoïde enflammé avec un adénophlegmongénien.

Pour les adenophlegmons malaires, la dacryocystite et l'Erésypèle seront vite éliminés : point de départ lacrymal de l'inflammation pour la première, présence du bourrelet, et évolution ultérieure pour la seconde.

On ne confondra pas une adénite chronique avec :

Un kyste sébacé. Dans ce cas le développement est plus lent le K. sébacé ne roule pas sous le doigt, adhérant qu'il est à la face profonde de la peau. Sa consistance est plus molle.

Un kyste dermoïde. Il est tout à fait exceptionnel d'en rencontrer à la joue. Le K. dermoïde est plus mou. Il est congénital.

Des kystes salivaires. Le diagnostic sera parfois délicat et pourra nécessiter l'examen microscopique de la masse après ablation.

Des gommes syphilitiques, à évolution plus lente. Influence du traitement Iodo hydrargyrique.

Des gommes tuberculoses. plus irrégulières de forme qu'un ganglion enflammé. Autres manifestations bacillaires.

Des kéloïdes fausses succédant à des brûlures.

Des kéloïdes vraies, spontanées, exceptionnelles.

Signalons également un diagnostic sur lequel insiste Vigier. Il ne faut pas confondre la sensation que donne normalement le bord antérieur du masséter, à sa partie inférieure, qui roule sous le doigt avec celle d'un ganglion enflammé La contraction du masséter immobilisera la masse musculaire.

On ne confondra pas une adénite fistulée avec :

Une fistule du canal de Sténon, ordinairement secondaire à un traumatisme.

Une fistule à point de départ osseux :

Tuberculeuse, très rare à la face.

D'origine dentaire. La localisation est autre, il s'agit ordinairement de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ou de la fosse canine.

L'exploration au stylet tranchera la difficulté.

2° *L'adénite de la joue est-elle d'origine dentaire ?*

On se rappellera que c'est la cause de beaucoup la plus fréquente d'adénites géniennes.

Existe-t-il des caries infectées avec arthrite alvéolo-dentaire ou troubles osseux, d'une région dentaire en relation avec le groupe ganglionnaire atteint, il ne peut être question que d'origine dentaire.

Si la denture est absolument saine on examinera les autres régions : paupières, téguments du nez, des lèvres, de la joue dont sont tributaires les ganglions frappés.

On devra surtout se garder, dans le cas d'adénite chronique, d'incriminer trop facilement la tuberculose, en se souvenant que M. Lebedinky a prouvé, observations en main que, jusqu'ici toutes les adénopathies des ganglions géniens, considérées comme bacillaires, avaient guéri après disparition des lésions péridentaires causales.

TRAITEMENT

La thérapeutique des adénites de la joue, d'origine dentaire, comportera une conduite différente suivant les cas.

L'idéal est de dépister pour ainsi dire l'adénite à ses premières manifestations, lorsque, à l'état d'adénite simple, elle n'est pas encore supurée.

Il faut d'emblée s'attaquer à la cause d'une telle lésion, examiner soigneusement la denture du côté malade et, s'il s'agit de chicots nombreux, en pratiquer immédiatement l'avulsion. Que si, au contraire, il s'agit d'une dent dont la couronne existe encore, mais qui est atteinte d'une carie profonde et infectée ayant retenti sur le ligament et le périoste, on devra tenter de nettoyer les canaux et de soigner ultérieurement la carie par les moyens ordinaires Mais, hélas, on n'est jamais sûr de pouvoir mener à bonne fin une telle entreprise, on devra donc observer avec soin le ganglion enflammé, et si l'adénopathie semble s'aggraver, il ne faut pas hésiter à enlever la dent.

Traitement de l'adénophlegmon.

Il faut d'abord agir sur l'adénite et intervenir dès que l'on constatera la présence de pus. L'abcès devra être largement ouvert au bistouri, ou mieux avec la pointe du thermocautère, car ce dernier mode d'évacuation laissera une cicatrice bien moins apparente. Quoi qu'il en soit, l'incision devra être faite à la surface cutanée de la joue, en lui donnant une direction telle qu'on ne puisse léser aucun organe important : Artère faciale, canal de Sténon. Exceptionnellement, on a pu pratiquer l'incision par la voie buccale. La poche sera drainée par mèche ou drain et lavée fréquemment avec une solution antiseptique telle que l'eau oxygénée ou l'oxtycyanure de mercure à 1 pour 4.000, jusqu'à complète disparition des phénomènes inflammatoires.

Il faut ensuite agir sur la cause de l'adénopathie. Le mieux serait d'enlever les dents ou les chicots cause de l'infection en même temps qu'on incise l'adénophlegmon, mais cette intervention est souvent difficile à faire accepter par le malade, et bien souvent aussi des difficultés d'ordre matériel : trismus, douleurs s'opposent à l'avulsion immédiate des dents. On devra donc se contenter, dans l'immense majorité des cas, de prescrire de fréquents lavages antiseptiques de la cavité buccale, de préférence en se servant du bock laveur, surtout si le trismus rend les mouvements des joues impossibles, ou simplement douloureux. Quelques jours après seulement, lorsque la phlegmasie

jugale sera en pleine résolution, on pratiquera l'avulsion des dents incriminées. S'il existe de nombreux chicots, on devra profiter de l'anesthésie (cocaïne ou novocaïne) pour en débarrasser totalement la mâchoire.

Traitement de l'adénite chronique.

Qu'il y ait ou non fistulisation, la conduite sera la même. Il ne faut pas perdre son temps à chercher à agir sur le ganglion lui-même. La guérison en effet est assurée, et elle sera rapide si l'on extrait immédiatement la ou les dents incriminées.

On peut n'être que trop facilement enclin à considérer les lésions comme étant d'origine tuberculeuse et par conséquent à pratiquer l'ablation de la masse ganglionnaire, alors qu'il serait si simple, après examen de la bouche, par l'avulsion des dents malades, de guérir à tout jamais les accidents.

Là, comme partout en pathologie, d'un bon diagnostic découlera une thérapeutique logique et véritablement utile.

OBSERVATIONS

Nous ne pouvons publier ici un trop grand nombre d'observations d'adénites de la joue d'origine dentaire. Nous nous bornons à donner celles qui nous ont semblé les plus typiques et les plus intéressantes tant au point de vue de la symptomatologie qu'à celui de l'étiologie de l'inflammation des groupes ganglionnaires qui nous intéressent.

OBSERVATION I.

(Lebedinssky, *Archives de stomatologie*, 1902).

Adénite génienne d'origine dentaire.

Il s'agit d'un homme âgé de 26 ans. Il s'est présenté à ma consultation au mois de juin 1900, pour une tuméfaction de la joue gauche. Rien à noter du côté de ses antécédents héréditaires ou personnels.

L'examen de mon malade m'a donné les renseignements suivants : à l'inspection, on constate une tumeur de volume d'une amande, située sur la face externe du corps de la mandibule, en avant de l'insertion angulaire du masséter et à distance égale des deux bords du corps du maxillaire inférieur.

La peau, qui recouvre cette tuméfaction est rouge violacée et présente une fistule recouverte d'une croutelle.

Au palper, on a la sensation d'une nodosité de consistance rénitente, presque fluctuante ; cette nodosité ne présente aucune adhérence à l'os. Elle n'est pas douloureuse. Le malade dit que cette nodosité a apparu brusquement voilà bientôt un an et qu'elle augmentait lentement de volume. 3 ou 4 mois après son apparition, la nodosité commence à suppurer et il se forme une fistule par laquelle le pus s'écoulait de temps à autre.

L'examen de la bouche m'a permis de constater une bonne dentition générale. La seconde grosse molaire du bas et du

côté malade était découronnée, la gencive était hypertrophiée au niveau de cette dent ; elle était rouge et saignait au moindre attouchement.

J'ai pensé. vu l'évolution lente de cette affection à une adénite strumo tuberculeuse, mais le traitement que j'ai fait subir au malade m'a prouvé qu'il s'agissait d'une adénite génienne d'origine dentaire à évolution très lente.

Voilà le traitement que j'ai appliqué ; j'ai commencé par pratiquer l'avulsion des racines malades ; une petite incision sur la nodosité pour évacuer le pus ; lavages antiseptiques de la bouche et de la plaie ; pansements humides pendant plusieurs jours de la plaie ; pansement à la gaze iodoformée ensuite, et le malade étant en bonne voie de guérison.

Trois mois après l'opération, aucune trace de nodosité. Il reste seulement une petite cicatrice légèrement déprimée à la place de la fistule.

Pendant l'évolution de cette adénite, les ganglions sous-maxillaires ne présentaient aucune lésion.

OBSERVATION II

(Lebedinsky, *Archives de stomatologie*, 1902)

Adénite génienne d'origine dentaire.

Il s'agit d'un homme âgé de 33 ans. Il s'est présenté à ma consultation au mois de décembre 1901. Ses antécédents ne présentaient rien de particulier, qui puisse nous intéresser. Il vient pour une grosseur, qui s'est développée rapidement sur la face externe du maxillaire du côté gauche.

A la vue, on constate une tuméfaction du volume d'une noix. Elle siège en avant de l'insertion angulaire du masséter et pointe en dehors du maxillaire et non dans la région du maxillaire. La peau qui recouvre cette tuméfaction présente tous les signes de l'inflammation aiguë : douleur, rougeur, chaleur.

La peau est très tendue au niveau de la tuméfaction. Le toucher révèle une fluctuation franche. Légère contracture des mâchoires. La mastication est gênée. Le malade dit que cette tumeur avait commencé par une petite boule, qui roulait sous les doigts et qu'en 15 jours elle est arrivée à l'état actuel.

L'examen de la bouche m'a fourni les renseignements suivants : mauvaise denture, bouche septique, beaucoup de chicots sur les 2 mâchoires ; plusieurs caries infectées ; du côté malade on constate sur la mâchoire inférieure les chicots de la dent de 12 ans et des dents prémolaires ; la dent de sagesse et la dent de six ans du bas et du côté malade présentent les caries pénétrantes ; au niveau des chicots du côté malade, la gencive est molle et recouverte d'un enduit pultacé.

J'ai diagnostiqué un adéno phlegmon ayant comme point de départ une lésion gingivale chronique de la machoire inférieure.

J'ai pratiqué le traitement suivant : j'ai commencé par enlever les chicots du coté malade ; lavage de la bouche au sublimé à 1/2.000 ; incision de l'adénophlegmon au bistouri ; lavages après écoulement du pus de la plaie ; pansements humides pendant 2 jours ; pansements avec de la gaze iodoformée et le malade était complètement gueri au bout de 15 jours.

Pendant l'évolution de cet adéno phlegmon, les gauglions sous-maxillaires restaient indemnes.

OBSERVATION III

(Lebedinsky, *Arch. de Stomat.* 1902).

Adéno phlegmon génien d'origine dentaire.

Il s'agit d'une femme de 34 ans ; rien du côté des antécédents héréditaires. Ses antécédents personnels sont un peu chargés.

Faiblesse générale, maux de tête fréquents, très nerveuse ; troubles dyseptiques consistant en hyperchlorhydrie et dilatation de l'estomac. Cette malade présente les symptômes de la neurasthénie. Elle a eu la scarlatine à 7 ans. Rien à noter du côté de son appareil respiratoire.

Elle est venue me consulter au mois de septembre 1901 pour une tuméfaction siégeant sur le corps du maxillaire inférieur en avant de l'insertion angulaire du masséter du côté droit.

Cette tuméfaction a apparu brusquement sous forme de nodosité ; peu à peu la nodosité augmentait de volume et envahissait le tissu environnant. La malade dit que cette nodosité avait apparu 10 à 12 jours avant de venir me consulter.

L'examen de la tuméfaction me fournit toutes les preuves d'un adéno phlegmon génien aigu, analogue à celui de l'observation II. L'examen de la bouche m'a fait constater une carie infectée de la première grosse molaire droite avec hypertrophie de la gencive, qui s'enfonce dans la cavité de la dent. Le tartre se trouve en abondance du coté malade (la malade ne mangeant pas de ce côté), et la gencive est rouge et tuméfiée.

Extraction de la dent malade ; ouverture de l'adéno phlegmon ; antiseptie de la bouche et pansement de la plaie à la gaze iodoformée. Au bout de trois semaines, le malade était complètement guérie.

Les ganglions sous-maxillaires étaient indemnes.

J'ai diagnostiqué un adéno phlegmon d'origine gengivo dentaire.

OBSERVATION IV

(Lebedinsky, *Arch de Stomat.*, 1902)

Adénite buccinato commissurale d'origine gengivo dentaire

Mme B..., âgée de 42 ans, s'est présentée le 18 février 1902 à la consultation de la clinique de l'école dentaire pour une tuméfaction assez prononcée de la joue gauche, siégeant à 3 centimètres de la commissure labiale gauche.

Cette affection avait débuté le 25 novembre 1901 par une tumeur assez indolente. Cette tumeur augmentait peu à peu de volume ; vers le 5 décembre, elle devint douloureuse, la peau devint chaude, rouge et au bout de sept jours livra passage à quelques goutelettes de pus. La malade fut soulagée et ne fit aucune attention à son affection. Quelques jours après la fistule se cicatrisa et la tuméfaction se reforma de nouveau.

Pendant le mois de janvier 1901, la tuméfaction de la joue resta à l'état latent et Mme B..., n'y prêta pas autrement attention. Enfin, le 16 février, sans cause apparente, la tuméfaction augmente de volume, ce qui décida la malade à se présenter deux jours après à la consultation de l'école.

L'examen nous permet de constater une tumeur aplatie, située entre la commissure labiale gauche et le bord antérieur du masséter et s'étendant légèrement en avant et en haut vers l'aile du nez. Le maximum de la tuméfaction correspond à peu près au milieu d'une ligne, qui réunirait la commissure labiale au lobule de l'oreille. La peau qui recouvre cette tuméfaction présente des traînées rouges.

A la palpation, on sent une masse dure du volume d'une grosse noisette, mais mal limitée. La base de cette masse est largement indurée. L'examen de la joue du côté de la bouche révèle une induration, qui se propage en haut, et en avant, vers la région gingivo labiale.

L'examen de la cavité buccale nous donne les renseignements suivants : A la mâchoire supérieure, la première grosse molaire droite et les deux canines manquent. Toutes les autres sont découronnées ; il n'en reste que des chicots infectés.

La gencive irritée constamment par ces chicots est rouge violacée et présente au niveau des prémolaires gauches des excroissances, qui saignent au moindre attouchement.

La malade porte en plus un appareil prothétique, qui s'adapte mal et qui blesse le rebord gingival.

A la mâchoire inférieure, on constate l'absence de toutes les molaires ; toutes les dents antérieures existent et sont relativement en bon état.

L'état général de la bouche laisse beaucoup à désirer. On constate tous les symptômes d'une infection chronique de cette cavité : salivation exagérée, haleine fétide, etc.

Aucune dent, aucun chicot, ne fut sensible à la percussion.

J'ai porté le diagnostic d'adénite génienne, ayant comme point de départ la région gengivo dentaire et particulièrement

les chicots infectés des deux prémolaires gauches ; c'est en effet au niveau de celles-ci que le repli gengivo labial était douloureux à la pression.

J'ai pratiqué sur place l'extraction des deux prémolaires du côté malade ; ces racines ne présentèrent rien de particulier ; la plaie alvéolaire saignait beaucoup, mais pas de traces de pus. J'ai fait nettoyer la bouche de la malade et lui ai prescrit les lavages antiseptiques

N'ayant pas constaté la fluctuation, j'ai préféré ne pas pratiquer l'incision de cette adénite immédiatement, d'antant plus qu'il s'agissait de la face et que la malade ne voulait pas entendre parler de cette opération.

Huit jours après, la malade revint à la consultation ; j'ai constaté une amélioration notable ; la tuméfaction avait diminué beaucoup et la face avait presque recouvré son état physiologique ; la partie malade était encore indurée, la douleur à la pression était insignifiante.

Toutes preuves d'une amélioration totale et prochaine. J'ai revu la malade au commencement du mois d'avril et j'ai pu constater la disparition totale de la tuméfaction et de l'induration.

OBSERVATION V

(Lebedinski, *Arch. de Stomat.*, 1902).

Adénite buccinalo-commissurale, d'origine gingivo dentaire.

M. L...., âgé de 46 ans est venu me consulter au mois de février 1902, pour une tuméfaction de la joue gauche.

L'histoire de ce malade est très intéressante.

Au mois d'août 1901, a apparu brusquement sans cause appréciable et sans réaction inflammatoire une petite tumeur indolore de la joue gauche. Cette tumeur avait disparu au bout de cinq jours et le malade n'y prêta pas autrement attention.

Au commencement du mois de septembre, la tumeur réapparait et disparait au bout de plusieurs jours.

A la fin du mois d'octobre, les mêmes phénomènes réapparaissent mais avec plus d'intensité ; la tumeur est plus volumineuse et douloureuse à la pression.

Le malade consulte alors un pharmacien ; celui-ci lui donna une pommade et une solution antiseptique pour la bouche.

Après les premières applications de la pommade, la tumeur diminua de volume, elle disparut complètement au bout de huit jours.

Au mois de novembre, la tumeur réapparait. Le malade se décide alors à consulter son médecin, qui l'envoya chez un dentiste. Le dentiste après examen sommaire, décida l'avulsion de la première prémolaire du côté malade. Malgré l'avulsion de la dent, la tuméfaction persistait. Huit jours après l'extraction, la malade retourne chez son dentiste; celui-ci examina de nouveau le malade et découvrit dans le repli gingivo labial, au niveau de la dent extraite, une petite fistulette, par laquelle s'échappait quelques gouttelettes de pus. Le dentiste pratiqua des lavages antiseptiques de la plaie alvéolaire et badigeonna la fistule avec de la teinture d'iode.

La tuméfaction ne disparaissant pas, le malade retourne chez son dentiste vers la fin du mois de décembre; celui-ci ne trouvant aucune lésion évidente du côté des dents, adresse le

malade à un interne des hôpitaux, pour l'examen détaillé de l'affection.

Le malade, las de ces pèlerinages, s'est décidé à ne plus penser à son affection et à la traiter par le mépris ; il garda donc la tuméfaction sans avoir subi aucun traitement.

Le 17 janvier 1902 le malade fut pris de douleurs intenses de toute la moitié gauche de la face. Après deux jours de souffrance, il s'est aperçu (le 20 janvier 1902) d'un léger écoulement au niveau du replis gingivogénien. Le malade dit que le pus était vert jaunâtre et très fétide. L'écoulement de pus dura 24 heures et la tumeur s'affaissa un peu.

Au bout de quelques jours le malade retourne chez son médecin ; celui-ci croyant à une lésion du sinus maxillaire lui conseille de s'adresser à un rhinologiste. Le malade est allé alors à la clinique des docteurs B..., et M. H. . Après examen rapide on pria le malade de revenir dans huit jours.

Revenu au rendez-vous le malade fût examiné minutieusement au point de vue sinus, nez et gorge et renvoyé, les médecins lui affirmant que son affection relevait d'un chirurgien.

Pendant ce temps-là, la tuméfaction s'étendait de plus en plus et lorsque le malade vint me trouver, voici ce que je constatai :

A la vue : une asymétrie notable de la face produite par la tuméfaction de la joue gauche ; tuméfaction qui siège principalement à deux centimètres de la commissure labiale gauche et s'étend obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, en allant vers le sillon nasogénien. Ce dernier est presque effacé. La peau qui recouvre la tumeur ne présente aucune lésion, elle est dure, parcheminée, adhére intimement aux tissus sous jacents et ne se laisse pas plisser sous les doigts,

Au toucher, on constate une tumeur dure, empâtée ; on dirait une bride épaisse, tendue, analogue aux brides cicatricielles. Cette bride se dirige du centre de la joue vers la partie latérale du nez. La joue a complètement perdu sa souplesse.

La muqueuse de la joue est également adhérente ; il est très difficile d'examiner la région gingivo labio génienne à cause de la constriction partielle des machoires et à cause de la bride scléreuse qui empêche toute souplesse du tissu mou.

A la machoire supérieure, on constate l'absence de l'incisive centrale et latérale gauche, de la première prémolaire et la première grosse molaire du même côté. La canine gauche, la seconde petite molaire et la grosse molaire du côté gauche existent et ne présentent aucune trace de carie. La dent de sagesse gauche n'a jamais poussé.

Du côté droit, rien à noter, sauf l'absence des deux petites molaires.

A la machoire inférieure, rien de particulier ; toutes les dents sauf la deuxième grosse molaire gauche existent ; quelque unes présentent des caries superficielles.

La cavité buccale en général n'est pas en parfait état ; les dents sont recouvertes de tartre, la gencive est légèrement enflammée.

Dans le repli gingivo labial, au niveau de la première petite molaire avulsée existe une petite cicatrice, qui indique l'endroit de la fistulisation par laquelle s'échappait antérieurement du pus.

Aucune dent n'est sensible à la percussion.

Enfin il existe dans la région sus hyoidienne latérale gauche un ganglion dur, du volume d'une cerise et qui roule sous les doigts.

Le malade réclamait mon intervention pour le débarrasser de cette affection, qui durait depuis sept mois. J'étais très perplexe quant au diagnostic. N'étant fixé ni sur la nature, ni sur l'origine de cette affection l'intervention rationnelle me paraît impossible. Le début de l'affection par une petite tumeur dure, disparaissant et revenant rapidement m'a fait penser à une adénite génienne, mais l'aspect diffus de la lésion actuelle, la dureté scléreuse des tissus plaidaient contre ce diagnostic.

J'ai commencé par faire la ponction de la tumeur par la région gingivo dentaire. J'ai remarqué cette foi-ci un pertuis sur le rebord alvéolaire, au niveau de la première grosse molaire extraite depuis longtemps déjà.

L'exploration de ce pertuis m'a révélé la présence d'une racine cachée profondément dans l'alvéole et recouverte de gencive.

La découverte de ce pertuis m'a éclairé sur l'étiologie et sur le diagnostic de cette affection. Il s'agissait probablement d'une adénite génienne accompagnée de lymphangite tronculaire chronique de la joue.

Le traitement suivant, que j'ai fait subir au malade confirma ce diagnostic.

Après avoir incisé la muqueuse gingivale, je me suis mis à la recherche de la racine ; après plusieurs tentatives infructueuses, j'ai fini par extraire cette racine.

Après l'extraction de la racine dont le cément présentait tous les signes d'osteite raréfiante, j'ai pratiqué le curettage de l'alvéole, des lavages antiseptiques ont terminé cette opération.

Le malade venait me voir tous les deux jours pendant quinze jours La tuméfaction n'avait pas beaucoup diminué j'ai con-

seillé au malade de continuer les lavages de la bouche et de venir me voir dans quinze jours.

Le 28 février, le malade est revenu ; la tuméfaction a légèrement diminué ; les tissus de la joue sont plus souples, l'asymétrie faciale persiste.

Le 15 mars, l'amélioration est notable, la joue commence à redevenir souple ; la tuméfaction a beaucoup diminué, la constriction partielle des machoires a disparu.

Le 4 avril, la tuméfaction a presque complètement disparu, la face recouvre son état physiologique.

Le 25 avril, la guérision est complète ; les ganglions sous-maxillairs diminués de volume.

OBSERVATION VI

(Lebedinsky, *Arch. de Stomat*, 1902).

Adénite buccinato commissurale d'origine gingivo dentaire.

Il s'agit d'un malade âgé de 36 ans ; il est venu à ma consultation au mois de mars 1901, pour une tuméfaction de la joue droite.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier. Voici l'histoire de ce malade :

Au commencement du mois de mars 1901, le malade s'est aperçu d'une petite nodosité siègeant dans l'épaisseur de la joue droite. Cette nodosité, de petit volume roulait sous les doigts. était nettement limitée. Le malade dit qu'il saisissait cette nodosité entre le pouce, qui s'appliquait sur la face interne de la

joue et l'index qui s'appliquait sur la face externe de la même joue

La nodosité était à peine sensible à la pression.

Au bout de quinze jours la nodosité augmentait peu à peu de volume et présentait vers le mois d'avril le volume d'une cerise. Au fur et à mesure qu'elle augmentait de volume, la tuméfaction devenait diffuse et on n'avait plus la sensation nette d'un corps roulant sous les doigts.

En même temps la nodosité devenait douloureuse ; c'est cette douleur qui décida le malade à se faire soigner.

L'examen de mon malade m'a fourni les renseignements suivants : A la vue, on constate une petite tumeur légèrement saillante siégeant sur la joue droite à distance égale de la commissure labiale et du bord antérieur du masséter sur une ligne allant du lobule de l'oreille à la commissure lobrèle. La peau qui recouure cette tumeur est légèrement distendue et adhère à peine à la tumeur. La coloration, sauf quelques trainées roses, est presque normale et il est difficile d'affirmer qu'il s'agit d'une inflammation franche. On dirait plutôt que le malade a un corps étranger arrondi dans le vestibule de la bouche et que ce corps étranger en distendant la joue fait saillie en dehors.

Au toucher, on constate une tumeur dure, douloureuse à la pression. Cette tumeur, du volume d'une noisette, me paraît nettement circonscrite ; on la sent aussi bien du côté de la face que du côté de la cavité buccale.

Toutefois, l'exploration de la tumeur par la cavité buccale, permet de constater une tumeur empâtée à base très large et très diffuse. L'induration de cette base se continue sous forme de bride, qui se dirige vers la région gingivogénienne droite de la machoire supérieure.

On constate en même temps, dans la région sous-maxillaire, l'engorgement de deux ganglions, qui roulent facilement sous les doigts.

Quelle est la nature et l'origine de cette affection. L'examen de la région gingivo dentaire va nous éclairer à ce sujet. En effet, l'examen de la bouche me permet de constater à côté d'autres dents infectées, la deuxième grosse molaire supérieure droite atteinte de carie infectée. Il existe, en même temps, une fistulette au niveau du repli gingivo génien qui correspond à la dent malade. La muqueuse gingivale, qui correspond à cette dent est congestionnée. La pression digitale provoque une légère douleur et le doigt explorateur découvre une bride qui, partant du repli gingivo génien, se dirige de bas en haut, puis s'incurve pour se diriger de haut en bas en décrivant une courbe à concavité inférieure et se perd finalement, sans démarcation nette, dans la tuméfaction empâtée. diffuse, qu'on constate sur la face interne de la joue. Il s'agissait évidemment d'une adénite buccinato-commissurale précédée et accompagnée de lymphangite tronculaire, ayant eu comme point de départ, la région gingivo dentaire atteinte d'infection chronique.

Le traitement que j'ai fait subir au malade a confirmé ce diagnostic. N'ayant pas constaté la fluctuation franche de cette tuméfaction, je me suis demandé si l'extraction simple de la dent infectée ne suffirait pas pour guérir mon malade. J'ai donc abandonné l'idée de pratiquer l'ouverture de cette tuméfaction, quitte à la reprendre si l'adénite persistait.

J'ai pratiqué l'avulsion de la dent malade, dont la racine postérieure portait à l'apex une petite poche kystique.

J'ai revu le malade au mois de juin 1901. La guérison était

complète ; plus de trace de tuméfaction de la joue ; la bride, qui réunissait la tuméfaction à la région gingivo dentaire a complètement disparu.

OBSERVATION VII (Thèse de Montès, 1905).

Adénite génienne d'origine dentaire.

Henry G..., 36 ans, vient le 28 mai 1904 pour une tuméfaction volumineuse de toute la joue gauche, tuméfaction obstruant l'œil, les paupières sont œdématiées, l'œil était complètement fermé. Lorsqu'il vient consulter, l'enflure siège surtout dans la région comprise entre l'aile du nez, la lèvre supérieure et l'orbite.

Il y a un an et demi, le malade éprouve de cruelles douleurs de dents qu'il n'a pas soignées, il a laissé évoluer sa carie qui s'est transformée en quatrième degré ; il ne souffrait plus depuis quelques temps déjà, lorsqu'il y a trois semaines, un abcès apparaît, suivi de tout le cortège habituel, douleur intense, fièvre intense, œdème, fluxion.

Cet abcès évolue en cinq jours, il se décide à se faire ponctionner, l'ouverture est faite contre la joue, dans le sillon gingival où la collection purulente bombait fortement.

Pendant trois jours, évacuation de pus abondant, s'écoulant facilement par l'ouverture faite au thermocautère ; peu à peu cet écoulement se tarit pour finir complètement à la fin du troisième jour.

Tout rentre dans l'ordre lorsque, huit jours après, il s'aper-

çoit que sa joue enflè de nouveau, sans aucune douleur, sans réaction fébrile, c'est ce qui le décide à venir consulter.

Une enflure volumineuse de toute la région supérieure de la joue gauche, la région orbitaire est envahie par la tuméfaction. En cherchant soigneusement, on trouve, au-dessous de l'os malaire, à cheval sur son bord inférieur, à la partie supérieure de la fosse canine, un point légèrement résistant et douloureux, donnant la sensation d'un ganglion enflammé, c'est ce qui nous fait faire le diagnostic d'adénite génienne, due à l'infection de la dent de six ans. En effet, cette dent présente une carie pénétrante avec destruction et putréfaction de la pulpe. Le doigt introduit dans le sillon gingival y pénètre difficilement à cause de l'œdème de la joue, mais il est libre.

Le malade ne voulant pas accepter l'extraction de sa dent, on pratique des lavages fréquents antiseptiques.

Le malade ne peut être suivi, ne s'étant pas représenté.

OBSERVATION VIII

(Friteau. *Odontologie* du 29 février 1904).

M. X..., 32 ans, sans profession, célibataire, se présente à ma consultation pour une arthrite alvélo dentaire consécutive à une carie du quatrième degré occupant la face postérieure de la première prémolaire supérieure droite. Ce malade présente des antécédents tuberculeux très nets : sa mère est morte à 37 ans de tuberculose pulmonaire, un de ses frères est mort en bas âge de méningite et sa sœur est atteinte d'une tumeur blanche du genou, qui est actuellement enkylosé. Le faciès de

ce malade est celui d'un strumeux : ses lèvres sont épaisses, sa bouche est constamment entr'ouverte et ses ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont hypertrophiés. L'arthrite alvéolo dentaire, pour laquelle il vient me consulter, a d'ailleurs cédé très rapidement au nettoyage de la cavité cariée et à l'antisepsie des canaux par des lavages à l'eau oxygénée. Mais au cours de ce traitement, le malade a appelé mon attention sur la présence d'une petite tuméfaction douloureuse située à la partie supérieure du sillon naso-génien droit. Cette tuméfaction a le volume d'une noisette, elle est dure, elle roule sous le doigt et donne au doigt qui la palpe la sensation très connue que fournit un ganglion hypertrophié ; il n'y a pas de rougeur de la peau, qui est mobile sur la tuméfaction. Malgré la rareté du fait clinique, je portais aussitôt le diagnostic d'adénite génienne secondaire à un arthrite alvéolo dentaire. Cette adénite a d'ailleurs cédé à quelques pansements humides appliqués sur la joue et surtout à la désinfection de la dent, cause initiale de l'affection ganglionnaire. Peut-être la poussée inflammatoire de ce ganglion fut elle favorisée chez ce malade par l'imprégnation tuberculeuse qui semblait avoir envahi une grande partie de son système lymphatique.

OBSERVATION IX

Friteau. *Odontologie*, 29 février 1904).

Il s'agit d'un malade âgé de 20 ans qui, lui aussi, présentait des antécédents tuberculeux héréditaires et personnels très

accusés. Son père est mort de pleurésie et sa mère est actuellement en traitement pour des hémoptysies répétées.

M. H... se présente à mon cabinet à la fin de janvier, convalescent d'une bronchite du sommet droit et porteur d'engorgements ganglionnaires cervicaux et axillaires. Il vient me consulter pour un accident de dent de sagesse ; sa dernière molaire inférieure gauche est couverte, dans la plus grande partie de sa face triturante, par un chapeau de gencive fortement hypertrophié et enflammé, et sous lequel la pression décèle la présence de pus crèmeux ; le malade à des douleurs sur tout le trajet de son maxillaire inférieur ; l'ouverture de la bouche est incomplète, le malade à un peu de trismus.

Notre attention est immédiatement attirée par l'apparition sur la joue d'une tuméfaction rouge, tendue, douloureuse, empâtée, occupant toute la partie de la joue située en avant du masséter, au-dessous de la ligne unissant la commissure labiale au lobule de l'oreille. Cette tuméfaction est adhérente à la peau qui, en un point, est amincie et violacée ; elle présente à ce niveau une portion nettement fluctuante.

L'interrogatoire du malade me fixa vite sur la nature de l'affection. M. H . avait, dès le début de ses accidents de dent de sagesse, qui remontait à une dizaine de jours, constaté la presence sur sa joue, d'une petite masse indurée, roulant sous le doigt, légèrement douloureuse à la pression, et ressemblant, disait-il lui-même, à ces nombreux ganglions hypertrophiés échelonnés le long de son cou. Il s'agissait d'un adénophlegmon développé au cours d'une infection gingivale d'origine dentaire, dans l'un des ganglions géniens.

Le siège de la tuméfaction qui occupait, nous le répétons, la partie inférieure de la joue nous permit de localiser le

siège de l'adénite initiale, dans l'un des ganglions inférieurs.

L'incision de la tuméfaction fut pratiquée immédiatement, au point fluctuant, la dent de sagesse fut extraite, des pansements humides appliqués sur la joue, quelques lavages alvéolaires antiseptiques furent pratiqués et quinze jours après, tout était terminé. Il ne restait plus sur la joue qu'une petite cicatrice déprimée.

OBSERVATION X (Personnelle).

Adéno-Phlegmon du groupe molaire.

Mme C..., 32 ans, ménagère, vient nous trouver le 17 décembre 1913, parce qu'elle souffre depuis une dizaine de jours d'une grosseur de la joue gauche. Elle ne présente aucun antécédent intéressant.

Elle nous raconte que cette tuméfaction a débuté il y a une dizaine de jours par une petite boule dure, qui roulait sous le doigt.

Actuellement, tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, siégeant à la partie supérieure de la joue gauche, exactement dans la région malaire. Cette tumeur est douloureuse spontanément et à la palpation. Elle est nettement fluctuante. Un doigt, introduit dans de sillon gingivo-génien qui a conservé toute sa profondeur renvoit le flot au doigt appliqué extérieurement sur la peau de la joue. Cette peau est mobile sur la tuméfaction, il n'y a donc pas de menace d'ouverture spontanée à craindre à bref délai. Il n'y a pas de trismus.

Examen de la bouche. La malade porte un appareil prothétique à plaque à la mâchoire supérieure. Cet appareil, mal ajusté, repose sur des racines infectées. La gencive est œdématiée et saignante.

Toutes les racines sont présentes sous l'appareil. La dent de 12 ans et la dent de sagesse ne présentent pas de caries, mais leur ligament est profondément atteint, il en est de même de la canine.

Nous portons le diagnostic d'adéno-phlegmon du groupe malaire dû à l'inflammation péridentaire occasionnée par la présence de nombreux chicots infectés.

Traitement. Interdiction absolue de porter l'appareil prothétique.

Incision de la collection dans le sillon gingivo-génien ; le bistouri n'atteint pas d'emblée à la collection, il faut aller à environ un centimètre de la muqueuse pour toucher sur le pus. Nous drainons par mèche. Lavages de bouche très fréquents avec de l'eau oxygénée étendue très chaude. La mèche est renouvelée tous les jours pendant quatre jours.

La malade, enceinte de 7 mois, refuse l'extraction des racines nous nous contentons donc de lui prescrire des lavages fréquents et lui recommandons bien de ne jamais remettre son appareil.

La malade revient nous voir quinze jours après. Tout est rentré dans l'ordre. Mais il persiste un ganglion enflammé, dur, roulant sous le doigt. Nouveau refus d'extraire les racines infectées.

Nous n'avons pas revu cette malade.

OBSERVATION XI (Personnelle)

Adénite chronique prémassétérine avec large péri-adénite

M P..., 26 ans, employé de chemin de fer, vint nous trouver le 15 avril 1913 à la clinique de l'Ecole Dentaire de Paris, pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la face externe du maxillaire inférieur droit.

Il nous raconte qu'il s'est fait extraire, voici deux ans, par un dentiste, la première grosse molaire inférieure droite, et que cette dent a été fracturée. Six mois après M. P... éprouve une légère douleur au niveau des racines restées dans l'alvéole, et constate l'apparition à la partie inférieure de la joue droite d'une petite grosseur, peu douloureuse, roulant sous le doigt. Ne souffrant pas beaucoup le malade ne s'inquiète pas de cette petite tuméfaction, mais en trois mois cette petite nodosité est devenue une véritable « fluxion » qui est incisée par un médecin. Il s'écoule très peu de pus, la cicatrisation se fait en six ou sept jours.

La grosseur néanmoins persiste, elle gagne même en surface. Mais M. P... ne s'en inquiète guère, il se doute bien qu'elle est due à la présence des racines, mais il attend sa disparition pour faire pratiquer l'extraction. Il reste ainsi jusqu'au 1er avril 1913. A ce moment la grosseur rougit, se ramollit, devient très douloureuse. M. P..., se fait de lui-même des applications chaudes sur la région.

Il escompte l'ouverture spontanée de l'abcès par la bouche et attend.

Mais hélas le pus semble plutôt devoir s'évacuer par la peau, c'est ce qui décide le malade à venir consulter à l'Ecole Dentaire, le 15 avril.

Il existe une tuméfaction siégeant en avant du bord antérieur du masséter, sur la face externe du maxillaire inférieur. Cette tuméfaction est aplatie, du diamètre d'une pièce de cinq francs, lisse, rouge, sauf en son centre où la peau est violacée, rouge, tendue sur un diamètre d'une pièce de 50 centimes. Cette zone centrale est seule fluctuante. Il n'y a aucune adhérence de la masse au plan osseux sous-jacent.

Nous portons le diagnostic d'adénite des ganglions prémassétérins.

L'ouverture de la bouche est gênée par un léger trismus. Le sillon gingivo-génien a conservé toute sa profondeur.

Nous retrouvons les deux racines de la dent de 6 ans au milieu d'une gencive boursouflée, rouge et de mauvais aspect.

Nous pratiquons immédiatement l'extraction de ces deux racines, sans grande difficulté.

Nous donnons un petit coup de la pointe fine du thermocautère au milieu de la tuméfaction jugale. Il s'écoule un dé à coudre de pus assez clair. Pansements humides.

Nous revoyons M. P..., dix jours après, la tuméfaction est en pleine résolution.

CONCLUSIONS

Parmi les causes des adénites de la joue, dont l'existence clinique est connue depuis longtemps, on doit faire une place toute spéciale à celles qui ressortissent à des lésions dentaires.

Dans le cas où l'inflammation des ganglions de la joue ont pour origine des lésions dentaires, on peut préciser la nature et le siège de ces lésions. Il ne s'agit jamais de carie seule, quelle que soit son degré : il faut que l'infection ait franchi l'apex. Ce sont donc les complications de la carie avec infection de la pulpe, portant sur le ligament alveolo dentaire et la gencive. Les complications osseuses, constituant de véritables foyers d'ostéomyélite de la mâchoire, ne semblent pas devoir produire, là plus qu'ailleurs du reste, d'inflammation ganglionnaire.

Avant de poser le diagnostic d'adénite tuberculeuse de la joue comme on l'a trop souvent fait dans ces dernières années, il faut avoir la certitude qu'il n'existe dans la denture du malade aucune lésion susceptible d'être incriminée.

Il y a trois groupes de ganglions géniens : un prémassétérin ; un buccinateur ; un malaire. Les observations cliniques nous amènent à considérer chacun d'eux comme le premier relai lymphatique d'une région dentaire définie :

Le groupe prémassétérin pour la région alvéolaire des grosses molaires inférieures.

Le groupe buccinateur pour la région alvéolaire des grosses molaires supérieures et parfois des prémolaires.

Le groupe malaire, dans quelques cas, pour la région alvéolaire des prémolaires supérieures.

Nous pouvons en déduire les indications suivantes : En présence de l'inflammation de l'un de ces groupes, on examinera la région alvéolaire qui semble lui correspondre et, inversement en présence d'une infection péridentaire on pensera à palper la région du groupe ganglionnaire répondant à la dent malade.

Vu : par le Doyen,
LANDOUZY.

Vu : par le Président,
RECLUS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN. — Adénites géniennes (Arch. Prov. de Chirurgie, 1895, p. 259 à 274).

BARTELS. — Das Lymphgäfässystem in anat. d. Mensch. von Bardleben. Fasc. 17, p. 132 et suiv.

CONTENAU. — Adénites d'origine dentaire. Th. de Paris, 1902.

DEBIERRE. — Des ganglions cervico-faciaux (Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir., 20 août 1892).

DORENDORF. — Ueber die Lymphgafässe ùnd Lymphdrüsen der Lippe (Monatsch. f. anat. ù. Physiol. 1900, XVII).

GAILLARD et NOGUÉ. — Traité de Stomatologie. T. I Article sur les adénites géniennes, par Lebedinsky.

GRANDMAISON. — Adénites et lymphangites cervico-faciales en rapport avec les inflammations septiques de la cavité buccale (Rev. de Stomatologie, déc, 1899).

LE DENTU et DELBET. - Traité de Chirurgie.

Fascicule XII. Maladie des Veines et des Lymphatiques :

Article Maladies des Lymphatiques, par H. Brodier.

Fascicule V. Maladies des Os, par P. Mauclaire.

Fascicule XVI. Maladies des Machoires, par L. Ombrédanne.

Lebedinsky. — Des adénites géniennes (Arch. de Stomatologie, nos 7, 8, 10, 11, 1902).

Lebedinsky. — A propos des adénites géniennes (Arch. de Stomatologie, janvier 1904)

Leduc. — Des adénites géniennes. Th. de Paris, 1905.

Montés. — Adénites géniennes d'origine dentaire. Th. de Paris, 1905.

Petit. — Des adénites de Poncet (Union médicale, 1892, pp. 891 à 896).

Poirier. — Traité d'anatomie.

Les Lymphatiques, par Cunéo, t. II, fasc. 4, pp. 1287 et suiv.

Princeteau. — Ganglions lymphatiques de la joue (Gaz. Hebd. de Bordeaux, 1899, pp 280 à 284).

Ricard. — Adénites pseudo tuberculeuses (Congrès français de Chirurgie, 1889).

Schweitzer (Georg). — Ueber die Lymphgafässe des Zahnfeisches ùnd der Zähne beim. Menschen ùnd bei Saügetieren (I, II, Arch. f. Mik. Anat. ù. Entw. gesch, 1907).

Thevenot. — Revue générale (Gaz. des Hôpitaux, 21 avril 1900, no 46).

Vigier. — Des adénites de la joue. Th. de Lyon, 1892.

Paris. — Imp. JOUVE et Cie, 15, rue Racine (VIe).